GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

SaludMadrid



GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

SaludMadrid

Diciembre 2010

Esta guía se ha realizado dentro de la actividad “Violencia de género en mujeres con trastorno mental grave”, gracias a una subvención relativa a la implementación de las estrategias del sistema nacional de salud en el año 2010. RD 829/2010, de 25 de junio (BOE 09/07/10) encuadrado en el punto 3. Prevención de violencia de género.

Autores:
Francisco González Aguado
Juan C. González Cases
Mª Luisa López Gironés
Cristina Polo Usaola
Margarita Rullas Trincado

Imagen de portada: Pep Carrió

ÍNDICE

1. Objetivos de esta guía **4**

2. Introducción **5**

Algunas definiciones **5**

¿Por qué existe este tipo de violencia? **6**

¿Cómo se gesta una relación de maltrato? **7**

Consecuencias en la salud de las mujeres **8**

3. El caso de las mujeres con enfermedad mental grave: un colectivo especialmente vulnerable **10**

4. Detección **12**

5. Recomendaciones para la entrevista a la mujer ante sospecha de maltrato **15**

6. Intervención-Buenas prácticas **20**

7. Plan de seguridad **27**

8. Recomendaciones de buenas prácticas **30**

9. Guía de recursos **31**

10. Referencias bibliográficas **36**

1. OBJETIVOS DE ESTA GUÍA

De forma global, la guía tiene como objetivo ofrecer orientación a los profesionales del sistema sanitario para la atención integral física, psicológica y emocional a las mujeres con enfermedad mental grave que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o ex pareja y que acuden a un centro sanitario.

Los objetivos específicos son:

1. Sensibilizar a los profesionales de la dimensión y gravedad de la violencia de pareja hacia las mujeres de este colectivo.

2. Aumentar la detección y mejorar la atención de la violencia de pareja a mujeres con enfermedad mental grave.

3.- Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos sanitarios y no sanitarios a los que tienen derecho las mujeres con enfermedad mental grave que son víctimas de violencia de pareja.

4-. Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de su situación de maltrato y para la búsqueda de soluciones.

2. INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres dentro de la relación de pareja constituye uno de los principales problemas de nuestra sociedad. Se extiende por todos los países y afecta a las mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos. Su impacto en la salud es tal que, en las últimas décadas, se considera un problema importante de salud pública. Este tipo de violencia comprende todo acto de violencia física, sexual y psicológica dirigido a las mujeres, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

Dentro de la Ley orgánica de medidas para la protección integral contra la Violencia de Género (2004) se establece que las Administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia. (1)

ALGUNAS DEFINICIONES:

Se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres: (2)

-**Violencia física**: Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes,

palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.

-Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad.

-Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar y, en muchas ocasiones, no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

¿POR QUÉ EXISTE ESTE TIPO DE VIOLENCIA?

El principal factor determinante de la violencia de género es la desigualdad en la relación entre hombres y mujeres consolidada a lo largo de la historia a través de un sistema de organización y de relación social basados en el dominio del hombre sobre la mujer.

Dada la complejidad del fenómeno se usan para el estudio del tema modelos ecológicos que incluyen ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Lo que se plantea es un modelo multinivel en el que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles

distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella.

¿CÓMO SE GESTA UNA RELACIÓN DE MALTRATO?

En primer lugar, es importante tener en cuenta que la violencia en la pareja no suele comenzar de modo repentino. Al comienzo de la relación suelen predominar maniobras coercitivas sutiles: por ejemplo, persuadir a la mujer a que abandone relaciones con amigos o familiares, sugerir que abandone el trabajo o estudios; controlar gastos económicos; control del tiempo (por ejemplo, llamadas frecuentes al móvil, necesidad de saber dónde está la mujer en todo momento); acusaciones de coqueteo o infidelidad, etc. Poco a poco van añadiéndose descalificaciones, humillaciones en público, etc.

En estas primeras fases la mujer no suele ser consciente de que lo que le está ocurriendo se relaciona con la gestación de un proceso de maltrato. Además, estas conductas suelen alternarse con otras en las que el agresor se muestra amable y solícito y expresa que su comportamiento tiene que ver "con que desea lo mejor para ella". El efecto que estas conductas tiene en las mujeres es una merma de su autoestima y un aumento de sus sentimientos de inutilidad y culpabilidad por ser incapaz de mantener una relación satisfactoria. Este déficit de autoestima hace que la mujer tenga cada vez más dificultades para detectar que está siendo maltratada. En el caso de que lo detecte, su inseguridad y sentimientos de incapacidad le harán creer que no es capaz de poner fin a la relación.

Con el tiempo van aumentando las descalificaciones, humillaciones, agresiones verbales y desautorizaciones delante

de los hijos y de otras personas del entorno. Pueden añadirse rotura de objetos, agresiones a animales de compañía, amenazas y todo tipo de agresiones físicas y sexuales. Las expresiones de arrepentimiento y perdón provocan aún más desconcierto y confusión en la mujer y le hacen creer en un posible cambio.

Muchas mujeres maltratadas consideran que los aspectos físicos del abuso son los menos difíciles de manejar, y se refieren a la degradación psicológica, la impotencia, el miedo y la inseguridad que acompañan al abuso, incluso, como mucho más traumático que los golpes.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden presentarse de diferentes formas, afectando tanto a la esfera física, como emocional y relacional. Algunos datos: (3)

-La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa (en España esta proporción alcanza el 75%).

-El riesgo de muerte de las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas se incrementa con la separación.

-El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.

-Existe mayor probabilidad de experimentar peor percepción de su salud.

-La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, es mayor en las mujeres maltratadas que en las que

no lo son; por ejemplo: dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, etc.

-Pueden presentar una gran variedad de lesiones físicas: erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves que conducen a la discapacidad o la muerte.

-Las consecuencias de la violencia para la salud mental abarcan también un amplio rango. De una forma general, los trastornos más estrechamente asociados son: el trastorno por estrés postraumático, la reacción por estrés agudo y los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos, incluyendo diversas somatizaciones, que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia. Cuando las amenazas y demás actitudes violentas son intensas y persistentes, la víctima con frecuencia incorpora el sistema de creencias del agresor como un modo defensivo, frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse. Este hecho puede producir alteraciones en su identidad y provocar cambios emocionales y conductuales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.

-En cuanto a las consecuencias para la salud sexual y reproductiva se destaca: carencia de autonomía sexual, aumento de embarazos no deseados y de alto riesgo, mayor riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual y de VIH y abortos. También puede tener repercusiones en la salud del feto y/o recién nacido, se ha descrito muerte fetal, distrés fetal prematuridad, bajo peso al nacer, etc.

3. EL CASO DE MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE: UN COLECTIVO ESPECIALMENTE VULNERABLE

Aunque en los últimos años han aumentado notablemente las actuaciones en el sector sanitario y social dirigidas a la formación de profesionales y a la información y protección de mujeres en relación a este tema, pensamos que este tipo de actuaciones frecuentemente olvida a colectivos de mujeres especialmente vulnerables para sufrir este tipo de violencia. Centrándonos en el caso de mujeres con enfermedad mental grave, es un hecho reconocido que la violencia ejercida contra ellas por parte de sus parejas y ex parejas es más frecuente que la que se ejerce sobre las mujeres que no la presentan (4). Entre los factores de riesgo que aumentan esta situación se encuentran:

-La mayor dependencia de la asistencia de otras personas (frecuentemente sus parejas).

-La menor credibilidad que se da a su relato cuando acuden a algún profesional.

-Las mayores dificultades de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y al estigma asociado a ella.

-El menor grado de autoestima y reconocimiento personal, secundario, en ocasiones, a la discriminación social secundaria a su patología.

Por parte de los profesionales existen además marcadas dificultades en detectar e intervenir en este campo. Citaremos algunos ejemplos:

- Falsas creencias y prejuicios en torno a la violencia de pareja, que minimizan los efectos de la violencia

- Consideración por parte de numerosos profesionales de que la intervención en cuestiones de violencia (salvo las consecuencias físicas directas) es un tema que concierne sólo a la ley y a los servicios sociales

-Sensación de incapacidad y falta de formación para poder orientar y tratar estas situaciones

-Actitudes defensivas ante el temor de que las víctimas realicen "acusaciones falsas"

-Miedo de que no haya suficiente tiempo para abordar estas cuestiones

-Preocupaciones sobre poder "ofender" a la mujer al preguntarle sobre esta cuestión

-Falta de información sobre los recursos comunitarios

-Miedo a posibles represalias del agresor.

4. DETECCIÓN

A veces las mujeres con un trastorno mental grave que atendemos están siendo víctimas de violencia de género y esta situación nos puede pasar desapercibida.

Lo más importante es tener conocimiento sobre el fenómeno de la violencia de género y una actitud de alerta en la práctica diaria. Así mismo un contacto frecuente con la mujer y crear un clima de confianza en la relación del profesional con la mujer facilita enormemente la detección del maltrato. Abordar directamente el tema de la violencia puede resultar incómodo para el profesional y para la mujer con trastorno mental grave pero hay que considerarlo como un factor que puede ser determinante en su proceso de recuperación. Es una recomendación esencial no hacer un abordaje crítico de la violencia de género y tener una actitud de apoyo a las diferentes fases que la mujer va a ir transitando en su relación con el maltrato.

A modo de consejos que puedan facilitar la detección de una situación de maltrato se pueden ir señalando los siguientes:

- En las protocolos o entrevista de evaluación iniciales incluir de forma sistemática una primera exploración general sobre posibles situaciones de maltrato.

- Realizar una secuencia de preguntas de las más generales e indirecta a preguntas más concretas y directas. Desde preguntas del tipo *"¿Cómo están las*

cosas en casa?" "¿Cómo es la relación con las personas con las que convive?" hasta preguntas más concretas del estilo *"¿Tiene algún problema con su pareja?", "y ¿con otros familiares?", "¿Cómo la trata su pareja/familiares?"* "*¿Tiene oportunidad para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida (qué comer, qué ponerse,…)?"*

- Partir del principio de no desconfiar del relato de la mujer con TMG. Es importante no desvalorizar las opiniones, sentimientos o hechos que nos puedan relatar en relación al maltrato.

Signos y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato:

- Falta e incumplimientos de citas
- Negativa a comentar acerca de sus relaciones familiares o respuestas escuetas o generales.
- Información poco veraz, incoherencia.
- Acentuación de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastorno del sueño y de la alimentación, etc.
- Aislamiento social exagerado, pérdida progresiva de contactos sociales y negativa a entablar nuevas relaciones.
- Contactos inusualmente escasos o nulos con su familia extensa.
- Autoestima baja.

- Comentarios de la mujer sobre su deseo de abandonar el hogar, ingresar en una unidad de hospitalización, mini-residencia, etc.

- Propensión a los “accidentes”

- Control excesivo del dinero por parte de sus familiares sin indicios de que la mujer no tenga capacidades para su manejo autónomo.

- Vestir ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones.

- Actitud evasiva, de temor, agresividad, culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas, etc.

- Define a su pareja o familiar como colérico, celoso o agresivo

- Actitud sospechosa de la pareja de la mujer: solicitar estar siempre presente, controlador, siempre contesta él, interrumpe a su pareja, excesivamente preocupado o solícito con ella, a veces hostil con la pareja o con el profesional, minimizar los síntomas o quejas de la mujer.

- La pareja o la familia hace comentarios críticos y/u hostiles hacia la mujer.

- La mujer no participa en la vida familiar, en la toma de decisiones, en las actividades de ocio, etc.

- Acude sola a urgencias o no recibe visitas cuando está ingresada en una Unidad de Hospitalización, miniresidencia, etc.

Si se aprecian lesiones físicas en la mujer los siguientes indicios hacen sospechar que dichas lesiones pueden ser debidas a maltrato:

- Relatan o intentan explicar la lesión de forma incoherente.
- Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
- Tienen historia de alta accidentabilidad.
- Huellas de golpes y/o hematomas, en diferentes lugares del cuerpo.

5. RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA A LA MUJER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

Es importante que la valoración de un posible maltrato a una mujer con trastorno mental grave sea realizada por el profesional con el que exista una mayor relación de confianza y cercanía. No tiene por qué ser necesariamente su psiquiatra o psicólogo de referencia.

- Respetar el ritmo y decisiones de la mujer. No “forzar” la evaluación del maltrato, ser capaz de posponer la entrevista al momento que desee la persona afectada.
- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.

- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.

- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

- Abordar directamente el tema de la violencia.

- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

<u>En el caso de que reconozca el maltrato:</u>

• Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.

• Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.

• Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.

• Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.

• NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente ni dar falsas esperanzas.

• NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: *«¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...».*

• NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.

• NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.

• NO utilizar una actitud paternalista ni imponer criterios o decisiones.

Si la sospecha de maltrato es alta, hay que valorar la situación y tipo de violencia. Preguntas como las siguientes pueden ayudarnos a detectar el tipo de violencia:

Violencia física

- ¿Su pareja/familiar le empuja o agarra?
- ¿Su pareja/familiar le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

Violencia sexual

- ¿Su pareja/familiar le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ¿La culpa de todo lo que sucede?

- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?

- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?

- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?

Si la mujer es receptiva a las preguntas anteriores y se constata que está sufriendo violencia, se puede realizar la siguiente pregunta clave: **¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja/familiar?**

Si se sospecha de **riesgo vital** se pueden formular las siguientes preguntas:

- ¿Se siente segura en su casa?

- ¿Puede ir a casa ahora?

- ¿Están sus hijos/hijas seguros?

- ¿Dónde está ahora el agresor?

- ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

En caso de constatar riego vital no se debe minimizar y se debe realizar un **plan de seguridad** en coordinación con otros profesionales y servicios que atiendan a la mujer.

Se debe recoger en la historia clínica todos los datos significativos recogidos durante la detección y evaluación del maltrato.

En el caso de que no reconozca el maltrato:

Además de mantener las recomendaciones más generales resaltaríamos:

La empatía, el no forzar decisiones o acciones que la mujer no entiende ni tiene como objetivo, no culpabilizar ni enjuiciar ya que puede aumentar los sentimientos de culpa o vergüenza. Acompañar los tiempos de la mujer atendiendo más a que la usuaria esté cómoda creando un espacio de confianza.

Mantener esa empatía no significa silenciar, minimizar, pasar por alto, evitar o simpatizar con la violencia. Debemos dejar claro que la violencia no es un camino tolerable pero el cambio pasa antes por romper el silencio y dar comprensión que por posicionarnos de forma rígida lejos de la actitud y emoción de la mujer. La excepción a este punto está cuando pensamos que la usuaria está en riesgo vital donde pensamos que hay que plantearse una intervención más enérgica comprendiendo que la mujer en esa situación no es infrecuente que desde el terror la niegue, la disocie o empeore de su psicosis.

6. INTERVENCIÓN-BUENAS PRÁCTICAS

La detección del maltrato no pone fin a nuestra actuación, sino que a partir de aquí comienza la intervención que debe ser ajustada a cada mujer y a cada situación de violencia. Como norma general, tendríamos que informar a la mujer, detectar el riesgo, coordinarnos con los recursos existentes y ayudarla a valorar el riesgo que corre así como a hacer un plan de huida, si fuera necesario, y llevar un seguimiento estrecho de todo el proceso.

La OMS dice que las funciones mínimas que debemos hacer ante cualquier mujer con sospecha de maltrato desde el sistema sanitario son:

1. Preguntar con regularidad a todas las mujeres sobre la existencia de violencia de género.

2. Estar alerta ante posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.

3. Registrarlo en la historia clínica.

4. Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.

5. Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.

6. Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.

7. Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

8. Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

9. Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.

10. Colaborar en dimensionar el problema mediante el registro de casos.

Está comprobado que las mujeres suelen informar con mayor frecuencia al sistema sanitario que a otros organismos sobre situaciones vividas de malos tratos. Por eso, debemos estar atentos y favorecer la transmisión de información. En un estudio hecho recientemente se ha visto que los profesionales de los servicios de salud mental y rehabilitación detectan más maltrato en mujeres que otros servicios (ginecología, Urgencias, etc.)

Cuando recibimos una información de este tipo cualquier actitud o intervención ante una mujer maltratada tiene consecuencias; el no intervenir es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres con TMG empeore, incrementando probablemente el número de ingresos, mayor gravedad en el trastorno o el riesgo de suicidio. Por otro lado, actuar de forma precipitada, sin informar al equipo o a las instituciones pertinentes, sobre implicándonos en la situación puede contribuir también a poner a la mujer en mayor peligro. El actuar de forma cauta, siguiendo el

momento de la mujer y acompañando y apoyando sus decisiones, contribuye a favorecer el poder resolver el caso, escuchando se favorece el que la mujer pueda ir dando más información que nos puede ayudar a ver cómo y en qué podemos colaborar con ella. En esta línea es fundamental la coordinación entre todo el equipo así como el transmitir la información al Servicio de Salud Mental de referencia, si es desde un dispositivo de tercer nivel desde donde se ha detectado la agresión.

Para intervenir tenemos que asegurarnos primero de cuál es la situación en la que nos encontramos. Para eso debemos hacer por lo menos una valoración biopsicosocial, valorar la situación de violencia y seguridad y evaluación del riesgo que corre la mujer. A partir de esta valoración podemos encontrarnos con tres situaciones diferentes que exponemos a continuación, así como qué y cómo actuar en cada una de ellas:

Actuación con la mujer que presenta sospecha pero no reconoce tener malos tratos.

1. Registrar en la historia los indicadores que sustentan esa sospecha.

2. Informar a la mujer de la sospecha que tenemos.

3. Ofertar la participación en intervenciones grupales, sobre todo, en los grupos de mujer.

4. Proporcionar asistencia para aliviar las consecuencias de la violencia.

5. Citas frecuentes, intentando crear un clima de confianza donde ella pueda sincerarse con nosotros.

6. En este caso, los objetivos serían la mejora de la salud, disminuir el tiempo de convivencia y fortalecer su red informal para que pueda salir de la mejor manera posible o puedan disminuir las situaciones de riesgo.

Actuación con la mujer con TMG que reconoce malos tratos:

A. Evaluación del riesgo: Hay que tener en cuenta

+ Información de la historia clínica.

+ Historia de violencia de la mujer: años, progresión del maltrato.

+ Tipo de violencia (psicológica, sexual o física y grado)

+ Grado de aislamiento social y de autonomía de la mujer, sobre todo red de apoyo, recursos económicos y red de apoyos formales.

+ Estabilidad del trastorno.

+ Adaptación de la mujer, fase del proceso en la que se encuentra.

+ Valoración de riesgo en los hijos, si los tienen.

+ Relación actual con el agresor (convive con él, es importante recordar que el riesgo es mayor en un proceso de separación o de abandono del domicilio)

B. Señales de alarma de riesgo grave

+ La mujer dice que teme por su vida

+ Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio.

+ El agresor se muestra violento con otras personas.

+ Ha ejercido actos de violencia durante el embarazo

+ Amenazas de matarla o matarse.

+ La frecuencia y gravedad de la violencia se intensifica con el tiempo.

+ Abusa de drogas, sobre todo, de las que agudizan la agresividad.

+ La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.

+ La pareja conoce que la mujer ha pedido ayuda exterior.

+ Ya hay denuncias de lesiones graves.

+ Hay armas de fuego en la casa.

C. La mujer puede reconocer los malos tratos estando o no en riesgo vital. La actuación será diferente en cada una de las dos situaciones:

C.1. No se encuentra en riesgo vital.

+ Se registrará en la historia la confirmación de la sospecha de malos tratos, con los indicadores de éstos.

+ Evaluación exhaustiva de la situación de maltrato (topografía y funcionalidad)

+ Información a la mujer de cuál es la situación en la que se encuentra. Transmitirle que el maltrato es un problema frecuente, que ella no es responsable; el único culpable es el agresor.

+ Explicarle la importancia de no comentar el contenido de la entrevista con su pareja, ya que esto puede aumentar el riesgo de maltrato.

+ Acompañamiento a un servicio médico si existen lesiones.

+ Información de la red de recursos existentes para atender a mujeres que sufren violencia. Si fuera necesario, coordinación y acompañamiento para pedir asesoramiento en estos recursos.

+ Plantear y elaborar conjuntamente, si es necesario, un plan de seguridad ante una situación de alto riesgo.

+ Establecer citas frecuentes para trabajar conjuntamente el afrontamiento de esta situación, como una fuente importante de estrés que le pone en riesgo de recaída. La intervención estará acorde con la gravedad del trastorno, y con la fase de cambio en que la mujer se encuentre en ese momento.

+ Acompañamiento y confidencialidad de todo el equipo en todo el proceso

+ Prevenir nuevas situaciones de violencia.

C.2. Se encuentra en riesgo vital.

+ Informarla sobre la situación de peligro en que se encuentra, haciéndola consciente del peligro y plantearle las posibles estrategias a seguir.

+ Apoyarla en la toma de decisiones, transmitirle que no está sola.

+ Acompañamiento a un servicio médico si existen lesiones.

+ Informarle de las medidas legales que existen.

+ Si decide VOLVER AL DOMICILIO: conocer la situación familiar y recursos, poner en marcha el plan de seguridad e informarle de los recursos de atención de los que dispone. Concertar una cita con ella lo más pronto posible.

+ Si decide IRSE DEL DOMICILIO: conocer situación familiar y de recursos con los que cuenta, personas de apoyo accesibles, ver que documentación y dinero lleva en ese momento, acudir a los servicios de emergencias para mujeres maltratadas. Concertar cita o contacto telefónico con ella lo antes posible. No aceptación de ningún tipo de comunicación con el agresor. Procurar no estar sola en ningún momento.

+ Derivarla, coordinarnos y acompañarla, si es necesario, a los servicios de emergencia para mujeres maltratadas. Cuando estos recursos no estén disponibles para estas mujeres se podría plantear una plaza de emergencia social en miniresidencia o en último caso plantearnos un ingreso hospitalario.

+ Registrar en la historia las actuaciones llevadas a cabo.

7. PLAN DE SEGURIDAD

1. Tener Identificadas las situaciones de riesgo o señales de alarma de una agresión (recordando episodios anteriores)

2. Evaluar si la presencia en el domicilio de un amigo o pariente pudiera disuadir al compañero de realizar actos violentos.

3. Facilitar los recursos disponibles en caso de emergencia.

4. Si no tiene acceso al teléfono, valorar si es posible avisar a algún vecino.

5. Analizar las posibilidades de escape y las precauciones que tiene que tomar en una situación de escalada de violencia:

   a) Conocer el teléfono de emergencia: 112.

   b) Concertar señales con vecinos y/o familiares.

   c) Si ve la agresión próxima, mantenerse cerca de la puerta de salida.

   d) Hacer mucho ruido.

   e) Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

6. Proponerle esconder en lugar de fácil acceso, o en casa de familiares o amigos, los documentos y efectos personales que necesitará en caso de que tenga que abandonar el domicilio de forma urgente.

7. Contactar con los centros específicos de atención a la mujer y/o con las personas que haya contactado antes.

8. Tener una alternativa residencial en caso de abandono del domicilio.

9. Documentos y efectos personales a preparar en situaciones de riesgo:

a) Documentos personales: DNI, cartilla de la seguridad social, libro de familia, permiso de circulación.

b) Documentos importantes: seguros, recibos de la vivienda, etc.

c) Denuncias previas, sentencia de divorcio u otros documentos legales.

d) Medicamentos y última pauta de medicación expedida por su psiquiatra.

e) Informes médicos últimos.

f) Números de teléfono y direcciones de familiares, amigos, recurso de atención de personas con TMG y específicos de la mujer.

g) Ropa y efectos personales.

h) Llaves de casa.

i) Tarjeta de crédito, dinero en metálico, libreta de ahorro. Tener una cuenta abierta que sólo ella conozca e ir ingresando lo que pueda.

j) Fotocopia de nómina reciente.

10. Si se ha decidido a abandonar el hogar, es recomendable:

a) Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.

b) No dar indicios de la huida.

c) Conocer previamente los lugares donde pueda acudir y, si es posible, tener la entrada ya concertada.

d) No difundir la dirección del lugar donde se va a alojar.

e) Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor y allegados de éste.

8. RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

1. Incluir en la evaluación inicial preguntas directas sobre violencia de género. Si no hay riesgo actual apuntarlo en las notas e invitarla a comentarlo si tuviera algún problema. Retomarlo de forma periódica o cuándo hay sospecha de maltrato.

2. Todo el equipo debe tener formación sobre violencia de género sobre las mujeres, y específicamente sobre las mujeres con TMG.

3. Trabajar desde la perspectiva de género.

4. Si se constata violencia contra la mujer con TMG, seguir el plan de actuación explicado en esta guía. Siempre informar a la mujer de forma que pueda entender todas las intervenciones que se lleven a cabo (excepto cuándo hay riesgo real y sospecha de que pueda transmitirlas al agresor).

5. Tener elaborado un plan de seguridad con las mujeres que sufren violencia de género, para cuando sea necesario.

6. Coordinación con los servicios específicos de mujer de la zona.

9. GUÍA DE RECURSOS

RECURSOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA CM

Servicios de Salud Mental de distrito del Servicio Madrileño de Salud que atienden con sus equipos multidisciplinares a pacientes derivadas desde los Centros de Salud de Atención Primaria o desde el Hospital de referencia tras el alta de Urgencias o de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1161769234369&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817

Red Pública de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Agrupador_FP&cid=1109266187278&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266227679&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699

A través del Servicio de Salud Mental de distrito se puede derivar a las personas con TMG a cualquiera de los recursos explicados en los párrafos siguientes, siempre desde el programa de continuidad de cuidados y seguimiento de dicho servicio.

Desde esta red y a partir del Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Crónica se han desarrollado distintos tipos de recursos que pretenden cubrir las necesidades psicosociales y sociales y promover la rehabilitación e integración social de las personas con TMG y apoyar a sus familias, en coordinación y complementando el trabajo en la red sanitaria de Servicios de Salud Mental responsables del tratamiento psiquiátrico y seguimiento de la población con TMG. Esta red

se compone fundamentalmente de tres tipos de recursos: residenciales, de rehabilitación y laborales.

Alternativas Residenciales Comunitarias:

1. Mini-residencias: Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades, así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.

2. Pisos supervisados: Alternativa de alojamiento estable organizada en pisos del municipio en los que residen 3 ó 4 personas con TMG recibiendo el apoyo y supervisión que necesiten de personal especializado.

3. Pensiones concertadas supervisadas: A través del concierto de plazas en pensiones, ofrece un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con TMG y con un buen nivel de autonomía intentando evitar procesos de marginación.

Servicios de Rehabilitación Psicosocial:

1. Centros de Rehabilitación Psicosocial: Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración, para ayudar a las personas con TMG a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. También ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

2. Centros de Día de soporte social: Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con TMG con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un

mínimo de autonomías y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

3. Equipos de Apoyo Social Comunitarios: Equipos formados para trabajar en ambiente comunitario (domicilios o calle) con personas con TMG que tengan dificultades en su vinculación a los servicios socio-sanitarios o para conseguir el mantenimiento en su domicilio.

Servicios de Rehabilitación Laboral:

1. Centros de Rehabilitación Laboral: ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con TMG que hayan alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

RECURSOS PARA MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

A pesar de que las mujeres con TMG tienen muy difícil el acceso a estos recursos porque en muchos de ellos se les excluye por el diagnóstico psiquiátrico, los ponemos en esta guía en la lógica de que puedan beneficiarse de ellos, buscando fórmulas de coordinación entre las distintas redes de atención.

Red de puntos municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género: Los objetivos específicos son, entre otros, ofrecer información, orientación, derivación y acompañamiento, en su caso, a las víctimas de violencia, a los distintos servicios especializados. La información actualizada se encuentra en www.recursosmujeres.org

Red de centros residenciales para mujeres de la Comunidad de Madrid: cuyo objetivo es prestar a las víctimas de VG una asistencia multidisciplinar y de carácter integral, sobre todo para su protección, facilitándoles alojamiento seguro, así como otro tipo de recursos. Proporcionan alojamiento temporal y manutención a las mujeres y a sus

hijos/as, a la vez que desarrollan programas de apoyo, asesoramiento especializado y ayuda en la búsqueda de alternativas estables.

Tienen tres tipos de recursos:

1. Centros de Emergencia: Dan acogida a las mujeres y sus hijos víctimas de maltrato y que necesiten protección con carácter urgente y por un tiempo limitado. Coordinados con los Servicios Sociales de referencia, se valora el tipo de intervención social que se ha de llevar a cabo. Hay seis en la CM. Se accede a través de Servicios Sociales, Policía Local, DGM, Puntos Municipales del Observatorio Regional de VG, Coordinador de Emergencias de Cruz Roja.

2. Centros de Acogida: Constituyen un segundo nivel de intervención. Sirven de alojamiento temporal mientras se lleva a cabo un plan de atención integral dirigido a facilitar la normalización de la vida de las mujeres que sufren violencia. Existen cinco centros de acogida en la CM, entre 12 y 35 plazas. Acceso a través de la Dirección General de la Mujer con derivación de Servicios Sociales Municipales y Centros de Emergencia.

3. Pisos tutelados: se utilizan como salida de los centros de acogida, para conseguir la autonomía personal y familiar, sin que exista la necesidad de una protección tan amplia como la prestada en los centros de acogida. Hay 9 en la CM más 2 plazas para mujeres con discapacidad, con un promedio de 7 plazas/piso. Se accede a través de los Centros de Acogida y con valoración de la DGM.

Otros servicios:

1. **Teléfono 012 Mujer** a través del teléfono de información de la comunidad de Madrid 012.

2. **Teléfono 016** del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Servicio telefónico gratuito y confidencial en el que se ofrece información sobre recursos sociales, ayudas económicas, acceso a alojamiento, orientación laboral, legislación en materia de extranjería, cuestiones legales de carácter civil (menores y familia) y penal.

3. **Servicio de Orientación Jurídica**: ofrece atención jurídica individualizada, prestada por letrados del turno de oficio con especialización en esta materia.

Pedir cita en el teléfono 917206247 (L-V, de 9:00-14:00h)

4. **Guía de Recursos para Mujeres de la CM**: herramienta de apoyo al trabajo, así como un acceso al público en general a la información sobre recursos disponibles para mujeres en la CM. Se accede a través de la página www.recursosmujeres.org

5. **Programa ATIENDE**: **Unidad especializada del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" del Servicio Madrileño de Salud** para la intervención del daño emocional a mujeres y niños y niñas víctimas de VG. Acceso a través de la Dirección General de la Mujer (no es posible la derivación directa desde los recursos de mujeres)l

6. **Centro de Atención Psicosocial Programa Mira**: cuyo objetivo es la atención psicosocial especializada a mujeres y a sus hijos/as y personas dependientes, víctimas de VG. Se accede a través os centros de la DGM y Puntos Municipales del Observatorio Regional de la VG.

7. Centro de Atención Integral a las Víctimas de Agresiones Sexuales **(CIMASCAM)**

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf

(2) Protocolo común para la asistencia sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.

(3) Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja contra las mujeres. Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Servicio Madrileño de Salud, Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008.

Disponible:http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142530158356&language=es&pageid=1142445531364&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142445521650&vest=1156329914017

(4) Friedman SH, Loue S: Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. Journal of Women's Health 2007; 16(4):471-480.

(5) Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud Comunidad de Madrid, 2010.

Disponible:http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142530158356&language=es&pageid=1142445531364&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142445521650&vest=1156329914017